

# GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. WŁ. BRODOWSKI. Przypadek niezwyklego powikłania mózgowego w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Str. 1053. II. JÓZEF JAWORSKI. Materiały do statystyki i etyologii raka. Na podstawie danych Komitetu Polskiego do badania i zwalczania raka. (Dok). Str. 1059. III. J. KOELICHEN i J. SKŁODOWSKI. Odpowiedź na notatkę kol. HIGIERA: „W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podoстрыm“. Str. 1062. *Dział sprawozdawczy.* 167. M. A. MAYOR. Leczenie zapobiegawcze niedomogi serca małemi dawkami n-  
parstnicy. Str. 1063. 168. HOLST. Prześwietlanie wierzchołków płuc zapomocą promieni RÖNTGEN'a. 1065. 169. SCHMIT. O powolnem przedostawaniu się do płuc małych wysięków ropnych opłucnej. Str. 1066. 170. WEBER. Padaczka, jako kliniczne pojęcie chorobne. Str. 1066. *Przegląd bibliograficzny* ALEKSANDER ROSNER i ST. CIECHANOWSKI. Obrady Sekcji ginekologicznej XI-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich 18-go—21-go lipca 1911 r. w Krakowie. Ocenil J. JAWORSKI. Str. 1067. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia kliniczne 28-go maja, 4-go i 18-go czerwca. Str. 1069, 1070. *Wiadomości bieżące.* Str. 1072. Nadesłano do Redakcyi. Str. 1074. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA.

## Przypadek niezwyklego powikłania mózgowego w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego.

Podał

**Wł. Brodowski,**  
asystent oddziału.

Powikłania mózgowo-  
w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego  
zdarzają się rzadko. Zazwyczaj mamy w tych przypadkach do czynienia albo z ropnem zapaleniem opon mózgowych (*meningitis pneumococcica*), albo z szeregiem objawów ogólnych, jak oto: brak przytomności, brak oddziaływania źrenic, brak odruchów kolanowych, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, objaw KERNIGA,—które-to objawy występują w czasie nasilenia choroby, ustępują razem z przesileniem i nie wiążą się z żadnymi wyraźniejszymi zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Do niezwyklego rzadkości należą przypadki powikłań zapalenia płuc objawami, świadczącymi o głębszych, ogniskowych zmianach samej tkanki mózgowo-  
wej.

Poniżej podany przypadek, spostrzegany na oddziale dra SOKOŁOWSKIEGO, zasługuje, zdaniem naszym, na uwagę zarówno ze względu na wspomniane ogniskowe zmiany mózgowo-  
we, jak i na cały przebieg kliniczny.

Stanisław G., terminator mularski, l. 16 liczący, dotychczas nie chorował. Obecna choroba rozpoczęła się 18/x 1911 r. dreszczami, kluciem w lewym boku, nieznacznym bólem gardła i kilkakrotnymi wymiotami. Od początku choroby chory kaszlał i wypluwał nieznaczną ilość płwociny, której charakteru określić nie potrafi. Z tem zgłosił się do szpitala.

*Status praesens.* Chory wzrostu średniego, dobrej budowy kośćca i odżywienia dobrego; na skórze żadnej wysypki stwierdzić nie można. Głowa czynnie i biernie ruchoma, czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Żrenice szerokie, równe: na światło i przystosowanie oddziałują prawidłowo; w zakresie gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego i w zakresie nerwu twarzewego zmian nie stwierdzono.

Język miernie obłożony; podniebienie miękkie, migdałki i łuki bez zmian. Gruczoły podszczękowe niepowiększone, niebolesne. Chory na kilkakrotnie zadane pytania odpowiada prawidłowo.

Badanie klatki piersiowej wykazuje po stronie lewej obszerne stłumienie, sięgające z przodu od dołu do 3-go żebra, zajmujące całą pache, a z tyłu dochodzące do kąta łopatki. Drżenie odpowiedniej strony, począwszy od kąta łopatki, osłabione.

Przysłuchowo po stronie lewej z przodu wdech i wydech pokryty drobniutkimi rżenieniami; z tyłu od kąta łopatki wdech i wydech o charakterze chuchającym, mało słyszalny.

Po stronie prawej wyraźnych zmian, prócz zaostżenia wdechu i wydechu, brak. Oddechów 40 na minutę. Ciepłota 39.2°—39.6°.

Prawa granica serca przechodzi nieco linię mostkową lewą, tony czyste nad wszystkimi ujściami, 2-gi pod tętnicą płucną mocno zaakcentowany; tętno dobrze napięte, regularne, 96 na minutę. Brzuch lekko wzdęty, wątroba i śledziona nie macalna. Czucie wszędzie prawidłowe. Odruchy kolanowe zachowane.

Chory wykasztusza charakterystyczną rdzawą płwocinę, w której wykryto obfitą liczbę dwoinek FRAENKEL'a. W moczu 0,5‰ białka, wybitnie zmniejszone chlorki; innych zmian brak.

Rozpoznano u chorego zapalenie płuc i opłucnej po stronie lewej; po dokonaniu 24/x próbnego nakłucia, wyciągnięto 1/2 szprycy płynu o charakterze ropnym. Pod mikroskopem znaleziono wyłącznie leukocyty wielojądrowaste, dwoinki FRAENKEL'a.

25/x spadek krytyczny ciepłoty do 36,6° z rana i 36,6° wieczorem. Tętno 84. W płucach przysłuchowe objawy rozejścia (*resolutio*) i obszerne stłumienie po stronie lewej, dochodzące do kąta łopatki. Drżenie w odpowiednim miejscu osłabione. W moczu białka brak, chlorki prawidłowe.

Natomiast wystąpiły objawy mózgowy: chory nieprzytomny, żadnych dźwięków nie wydaje. *Incontinentia alvi, retentio urinae.* Żrenice szerokie, na światło nie oddziałują. Kark sztywny. Brak lewego odruchu kolanowego.

26/x badanie bakteryologiczne krwi dało wyniki ujemne.

30/x chory przytomny; sztywności karku niema. Żrenice oddziaływają na światło. Odruchy kolanowe zachowane, po stronie lewej odruch nieco żywszy. Czucie po stronie prawej na dotyk i ból—upośledzone. Zdolność mówienia zniesiona zupełnie, rozumienie mowy zachowane.

Zrobione nakłucie wykazuje w lewej jamie opłucnej płyn o charakterze surowicznym; pod mikroskopem nieliczne ciała czerwone, z białych wybitnie przeważają jednojądrzaste.

W ciągu następnych 6-iu dni pomimo poprawy w stanie ogólnym występują nowe objawy mózgowo.

Tak 4/xi stwierdzono: w stanie ogólnym znaczna poprawa. Badanie laryngologiczne nie wykazuje w krtani żadnych zmian, struny głosowe przy oddychaniu poruszają się prawidłowo. Zmian na dnie oka niema. Lekki lewostronny niedowład połowiczy z objawem BABIŃSKIEGO, słabo wyrażonym. Zupełne zniesienie czucia bólu i dotyku po stronie prawej. Wybitny bezład rąk i nóg.

W dalszym przebiegu choroby objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego stopniowo ustępują. Z razu następuje to względnie szybko, następnie bardzo wolno (zwłaszcza późno ustąpił bezład nóg), tak, że okres poprawy trwał około 4-ch miesięcy.

9/xi chory zaczyna wymawiać niektóre sylaby. Niedowład lewostronny ruchowy zaczyna przechodzić.

Słumienie wypuku z tyłu po stronie lewej nie dochodzi na 2 palce do kąta łopatki.

10/xi chory mówi z trudnością (*dysartria*). *Incontinentia alvi* przeszła; w nocy chory oddaje mocz jeszcze bezwiednie.

11/xi pobudliwość na dotyk i ból po stronie prawej wróciła.

20/xi z tyłu po stronie lewej granica płuca na równej wysokości ze stroną prawą; ruchomość upośledzona.

5/xii chory przy pomocy obcej chodzi.

8/i 1912 r. bezład rąk minął, chód chwiejny.

4/ii 1912 r. chory mówi z pewnym wysiłkiem, lecz zrozumiale i wyraźnie, chodzi swobodnie, biega z trudnością.

Wypisany ze szpitala z poprawą.

25/vi 1912 r. Chory stale przebywa na wsi, pracuje, pod względem fizycznym czuje się zupełnie dobrze, skarży się na utrudnioną mowę. Obiektywnie stwierdzić można osłabienie pamięci: chory zapomniał tabliczkę mnożenia.

Podany przypadek zasługuje na uwagę z kilku względów.

U chorego, który w czasie najwyższego nasilenia działalności czynnika chorobotwórczego, przed przełomem, zachował względną przytom-

ność—występują w czasie przełomu objawy, świadczące o zajęciu ogólnym układu mózgowo-rdzeniowego, a w pierwszej linii jego opon: utrata przytomności, sztywność karku, brak oddziaływania źrenic, *incontinentia urinae et alvi*.

Na 5-y dzień po przełomie objawy te ustępują, a natomiast w przeciągu najbliższego tygodnia występują: niemota, zniesienie czucia po stronie prawej, nierównomierność odruchów ścięgowych, objaw BABIŃSKIEGO, bezład rąk i nóg. Te ostatnie cechy chorobne wytłumaczyć sobie możemy jedynie jedyne zmiany zmianami ogniskowemi w samej tkance mózgowej, a zwłaszcza w korze w okolicy *gyrus Broca* w zrazie ciemieniowym.

Podobnych powikłań zapalenia płuc opisano w piśmiennictwie niewiele. KIRCHHEIM na 500 przypadków zapalenia płuc wykazuje zaledwie 2 z podobnym przebiegiem. I w tych jednak objawy ogniskowe były nieliczne, występowały niezbyt wybitnie, zupełna poprawa nastąpiła w przeciągu 2-u tygodni.

Z polskich autorów dr SOKOŁOWSKI w swych wykładach klinicznych o chorobach dróg oddechowych przytacza przypadek, podany przez RUPPERTA, w którym w następstwie zapalenia płuc wytworzyło się ognisko rozmięknienia w mózgu, i spostrzegany przez ZALESKIEGO, gdzie zapalenie płuc spowodowało rozsiane zapalenie nerwów pod postacią wstępującego porażenia LANDRY'ego.

Co się tyczy najważniejszego objawu ogniskowego—niemoty ruchowej, to można z piśmiennictwa przytoczyć 2 przypadki. W jednym (DÖRNBURGER. „Münch. med. Woch.“ 1904, № 19) niemota u 3½-letniego dziecka połączona była z drgawkami — sprawa zakończyła się poprawą w ciągu kilku dni.

W drugim, opisanym w 1882 r. przez v. LENGERKE'go (Mitteilungen aus d. Tübinger Poliklinik, Leipzig 1882, z. 2), obraz chorobny bardzo zbliżony był do podanego powyżej. Wyleczenie nastąpiło po 10½ tygodniach.

Ze wszystkich powikłań mózgowych włóknikowego zapalenia płuc od dawna wyodrębnione zostały przypadki t. zw. *meningitis pneumococica*.

Przypadki te cechuje: odrębność przebiegu klinicznego, gorączka, przeciągająca się poza przesilenie, fatalne zazwyczaj zejście, i stwierdzone na stole sekcyjnym ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Poza tą grupą pozostanie szereg powikłań mózgowych o charakterze bądź ogólnym, bądź ogniskowym, w których ani przebieg kliniczny, ani zmiany anatomo-patologiczne nie odpowiadają pojęciu o *meningitis cerebrospinalis purulenta*.

KIRCHHEIM'owi należy się zasługa pierwszego zebrania podobnych przypadków i uczynienia próby podziału ich i systematyki. Wszystkie powyżej wymienione powikłania zapalenia płuc włóknikowego dzieli KIRCHHEIM na 2 grupy. Do pierwszej zalicza przypadki, w których powikłania

mózgowe związane są ściśle z okresem gorączkowym choroby i ustępują przed, lub co najwyżej w parę godzin po przełomie.

Powikłania te występują przeważnie u dzieci; wiążą się często z zajęciem płatów górnych; na przebieg choroby ujemnie nie wpływają. Nigdy niema tu objawów, świadczących o ogniskowym zajęciu mózgu. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazuje jedynie w części przypadków podniesienie ciśnienia. Do powikłań tych stosuje KIRCHHEIM miano: meningismus.

W drugiej, bardzo nielicznej grupie (meningo-encephalitis według nomenklatury KIRCHHEIM'a), objawy ogniskowego zajęcia samej tkanki mózgowej dominują nad objawami ogólnymi. Opisywano więc w tych przypadkach: porażenia kończyn, nerwu twarzowego, zmiany czucia, drgawki kloniczne i toniczne, a wreszcie niemoc. Powikłania te nie ustępują razem z przełomem; przeciwnie, występują nieraz dopiero po przełomie i ciągną się przez czas dłuższy, doprowadzając nawet do zejścia fatalnego. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazuje zupełny brak charakteru ropnego (kultury jałowe), czasem nieznaczne zwiększenie liczby złuszczonych komórek.

Rokowanie w tych przypadkach jest poważne, gdyż sprawy omawiane mogą przeciągać się bardzo długo (jak w naszym przypadku 4 miesiące), a nawet, jak wspomnieliśmy, prowadzić do śmierci.

Badanie anatomo-patologiczne, odnoszące się do całej grupy powikłań mózgowych w przebiegu zapalenia płuc (po wyłączeniu meningitis pneumococcica purulenta), przedstawiają się dość interesująco.

Makroskopowo w żadnym przypadku wyraźniejszych zmian nie stwierdzono.

Dopiero SCHULZE, badając mikroskopowo rdzeń podobnych przypadków, wykrywał kilkakrotnie w korze drobne ogniska ropne. Nasunęła się logiczna konsekwencja powiązania tych zmian z objawami klinicznymi, a co za tem idzie— stwierdzenie, że przypadki meningitis i meningoencephalitis znajdują sobie wytłómaczenie w mikroskopowych ogniskach ropnych.

Jednakże badania następne (LIEBERMEISTER, KIRCHHEIM i SCHRÖDER) wykazały, że drobne ogniska ropne wykryć można w rdzeniu i mózgu zmarłych na zapalenie płuc, niezależnie od klinicznych powikłań mózgowych.

A zatem: drobnowidowe ogniska ropne znajdowane były w przypadkach, przebiegających bez żadnych objawów oponowych, i odwrotnie: nie były znajdowane w przypadkach o bardzo wyraźnie występujących objawach mózgowych.

Uwzględniwszy te badania, dojdziemy do wniosku, że rozpatrywane powyżej przypadki meningismus i meningoencephalitis są wyrazem szkodliwego działania toksyn czynnika chorobotwórczego na ośrodkowy układ

nerwowy, i nie wiążą się ściślej z jakimikolwiek wyraźniejszymi zmianami anatomo-patologicznymi mózgu.

Kwestyę stosunku tych powikłań do *meningitis pneumococcica*, i poglądy niektórych autorów (FRÄNKL, SCHOTTMÜLLER), którzy uważają *meningismus* za wstępne stadyum do *meningitis purulenta* i traktują jako *meningitis serosa*, zostawiamy nie poruszoną, gdyż wykracza ona poza normy naszego ściśle kazuistycznego doniesienia.

Dodam jeszcze kilka słów, odnoszących się do historii choroby omawianego przypadku.

Prócz wspomnianych objawów mózgowych, które wystąpiły na plan pierwszy, godnymi uwagi są następujące fakty:

W dzień przed przełomem (24/x) u chorego stwierdzono obszerny wysięk w lewej jamie opłucnej — o charakterze ropnym. Charakter ropny wysięku stwierdzono mikroskopowo.

Już w 6 dni potem, a na 5-y dzień po przełomie, wysięk miał charakter surowiczny; a w ciągu następnych 3-ch tygodni został w zupełności (bez wypuszczania) wessany.

Ten dokładnie zaobserwowany fakt może służyć jako dowód niezmiernie łagodnego charakteru pneumokokkowych wysięków ropnych w porównaniu z ropniami opłucnej na tle innego zakażenia i o możliwości szybkiego samoistnego wchłonięcia się tychże.

## PIŚMIENNICTWO.

- 1) KIRCHHEIM. Meningismus u. Meningoencephalitis bei krup. Pneum. Medic. Klin. 1908, № 38.
  - 2) DÖRNBERGER. Münch. med. Woch. 1904, № 19.
  - 3) SCHLESINGER. Ueber Pneumokokkenmeningitis und ihre Prognose. Wiener med. Woch. 1911, № 1.
  - 4) FZ. ROLLY. Leipzig. Ueber die Prognose u. Verlauf der Pneumokokkenmeningitis.
  - 5) LIEBERMEISTER. Die Häufigkeit der Meningitis bei Pneumonie. Münch. med. Woch. 1909, № 15.
  - 6) SOKOŁOWSKI. Wykłady kliniczne o chorobach dróg oddechowych. Powikłania w przebiegu zapalenia płuc.
  - 7) KIRCH EIM i SCHRÖDER. Ueber Meningismus bei Infectiouskrankheiten. Deutsch. Arch. f. klinisch. Med. 1901—103.
  - 8) SCHOTTMÜLLER. Münch. med. Woch. 1910. № 38.
  - 9) M. OTTEN. Jahr. f. Kinderheilkd. 1909, LXIX 5. p. 568.
-

## II. Materyały do statystyki i etyologii raka.

Na podstawie danych Komitetu Polskiego  
do badania i zwalczania raka.

Podał

**Józef Jaworski.**

(Dokończenie. — Patrz № 37).

Porównyując cyfry nasze ze statystyką, np. REICH'a, opartą na wielkich cyfrach, na dużej liczbie przypadków, znajdujemy, że stosunek zachorowań na raka różnych narządów, zarówno kobiet, jak i mężczyzn jest mniej więcej zbliżony co do niektórych tylko narządów, zwłaszcza co do raka macicy, szczególnie zaś sutki; w statystyce naszej cyfry są znacznie wyższe.

U nas na przykład rak przełyku wynosi u mężczyzn 13,64%, u REICH'a średnio 13,1%; u kobiet u nas 0; u REICH'a 2,2%; natomiast u nas rak żołądka u kobiet 8,33%; u REICH'a — średnio 29,2%.

Rak kiszki stolcowej u nas u mężczyzn 4,54%, a u kobiet 4,17%, u REICH'a u mężczyzn średnio 5,3%. Różne bardzo cyfry wypadają przy porównaniu tych dwu statystyk, co do raka macicy, a głównie, co do raka sutek.

U nas rak macicy wynosi 37,5%, u REICH'a 29,8%; rak sutek u nas 22% u REICH'a 0,9%.

Według opisu jednodniowego w d. 15/X 1900 r. w Holandyi chorych na raka sutki kobiet było 20,26%.

Za wód, jak wiemy, nie odgrywa żadnej roli: przedstawiciele wszystkich zawodów chorują na raka, tylko, że umiejscowienie jego bywa uprzywilejowane: w naszej statystyce mamy stale odnotowywane, co do raka wargi dolnej — zawód: „gospodarz wiejski”, na 24 przypadki — w 16-u; co do raka macicy i wogóle narządów płciowych kobiecych w 1/3 przypadków — robotnice, wyrobnice, służące.

Dziedziczność. Dane, co do dziedziczności, odnotowywano w schemacie bardzo rzadko, prawie wyłącznie czynili to chirurdzy, którzy wogóle podawali dokładniejsze dane w każdej rubryce w porównaniu z lekarzami innych specjalności. Z obliczeń co do dziedziczności wynika, że 1/3 część chorych, którzy weszli do spisu, była dziedzicznie obarczona, lub miała skłonność rodzinną.

Co do zaraźliwości odznaczono, że w 3-ch przypadkach był rak u małżonków; w 2-u przypadkach — że w jednym mieszkaniu chorowało parę osób na raka.

Co do przyczyn usposabiających do raka, odnotowano najwięcej uraz, bo 11 razy, w tem 8 razy uraz sutki, licząc

w to dawne blizny pooperacyjne (jedna z przed 25-u laty); 1 raz rak odbytnicy na miejscu blizny, po przetoce odbytniczo-pochwowej; 3 razy wymieniono na duży cie alkoholu (rak przełyku i żołądka) i 1 raz przymiot.

Do przypadków, przedstawiających pewnego rodzaju rzadkość, zaliczam między innymi przypadek L. KRAUZEGO, gdzie u 72-letniej kobiety w następstwie raka wargi większej lewej, przylegającego do wewnętrznej powierzchni uda, powstało na powierzchni tej nasamprzód nacieczenie wrzodziejące, które przeistoczyło się w guzowatość. Rak tutaj zatem, jak przypuszczam, powstał skutkiem przylegania (*Contactinfection*), a może wprost przez zaszczepienie odpływającymi częściami raka (*Impfmetastasen*).

Drugi przypadek, przedstawiający pewną osobliwość, znalazłem w jednym ze schematów A. GABSZEWICZA. Dotyczy on 37-letniej kobiety z rakiem odbytu sutka, istniejącym od 1½ roku. Odjęcie obu piersi. Przez 3 miesiące stan dobry, w 4-ym przerzuty w krezce (*mesenterium*).

Materyału naszego nie będę zestawiał ze statystykami innych krajów, nasamprzód dlatego, iż liczebnie jest on bardzo mały; powtóre, że posiada duże luki, jak na przykład wprost brak wypełnienia pewnych kategorii rubryk. Otóż, dla przykładu, a może i dla zachęty na przyszłość podam w tem miejscu pewne szczegóły jednej z ostatnich statystyk, dotyczącej niewielkiego kraju, bo Danii; statystyka ta, ogłoszona w IX t. 2-im z. *Zeitschrift für Krebsforschung*, była dokonana przez prof. J. FIBIGERA i magistra nauk społecznych Sv. TRIER'a, jako spis jednodniowy 1-go kwietnia 1908 r. w całej Danii.

Zgłoszono 1217 przypadków raka. Z tych z 442, dotyczących mężczyzn, a z 693, dotyczących kobiet, 283 było zbadanych mikroskopowo. Innemi słowy 397 przypadków obojga płci, t. j. nie mniej niż 35%, było zbadanych mikroskopowo. Autorzy czynią uwagę, że cyfra ta jest zbyt mała.

Z przypadków raka narządów płciowych kobiecych i sutki było zbadanych mikroskopowo:

Z 195 przypadków sutki 105 było badanych mikroskopowo (około 54%).

Z 155 przypadków macicy 91 było badanych mikroskopowo (około 59%).

W pewnej liczbie przypadków rozpoznanie potwierdzone zostało na drodze operacyjnej, z czego tylko na raka żołądka przypada 28 przypadków, a 4 przypadki na raka odbytnicy.

W 3-ch przypadkach raka kości potwierdzono rozpoznanie zapomocą promieni ROENTGEN'a.

Ciekawe dane zawiera sprawozdanie, zwłaszcza w porównaniu do naszych stosunków, do naszej obojętności na podobne ankiety, odnośnie liczby lekarzy, którzy na wezwanie wypełnili nadesłane schematy. Otóż,



w d. 1 kwietnia 1908 r. w Danii zajmowało się praktyką 1524 lekarzy, z tych nadesłało Komitetowi odpowiedź 1513 (t. j. około 99%). W mieście Kopenhadze na przykład znalazł się tylko jeden lekarz, a poza Kopenhagą w całym kraju dziesięciu, którzy schematów nie wypełnili. Dodać winienem, że J. FIBIGER i Sv. TRIER prawie na całej stronie tłómaczą dlaczego 11-u lekarzy na 1524 nie odpowiedziało na wezwanie wypełnienia schematów (jeden był chory, dwu zmarło w międzyczasie otrzymania i zwrotu schematów, 4-ch było poza granicami kraju i t. d.). Jednym słowem, okazuje się, że każdy lekarz tamtejszy uważałby sobie za ujmę nie wypełnić nadesłanego schematu, lub nie usprawiedliwić się, dlaczego tego nie uczynił.

A u nas? Lekarze dwu szpitali warszawskich wcale nie tylko nie wypełnili ani jednego schematu, lecz ich nie zwrócili i nie dali żadnej odpowiedzi pomimo osobistych naszych prośb, nalegań etc. W szpitalu na Czystem wypełnili schematy tylko chirurdzy; toż samo w szpitalu Ś-go Rocha.

Wierzymy jednakże, że sprawa ta w przyszłości pójdzie sprawniej, a jednodniowy spis chorych na raka, nasamprzód w Warszawie, następnie w większych miastach kraju naszego, który w Komitecie naszym zaprojektowałem, wątpić nie trzeba, wyda rezultat, którego, co do zrozumienia ważności tego rodzaju przedsięwzięć, jak zbieranie statystyki zapomocą wszystkich metod, przyjętych dziś w Europie, nie będziemy potrzebowali się wstydzić.

Pragnąc jednakże to osiągnąć, dążyć musimy, aby w zbieraniu statystyki raka, która dla zbadania go posiada tak duże znaczenie, wzięli udział wszyscy lekarze. Słusznie pod tym względem pisze GEORGE MEYER, zasłużony kierownik Instytutu do badania raka w Berlinie i współredaktor *Zeitschrift f. Krebsforschung*, w artykule o współdziałaniu stanu lekarskiego w badaniu raka: „Bez dostatecznego zbadania patologii raka planowe zwalczanie tej choroby nie da się przeprowadzić. Jedno z najważniejszych zadań praktycznych badania raka polega na ułożeniu dobrej statystyki we wszystkich państwach cywilizowanych, uwzględniającej płeć, rasę, wiek, zawód, oraz momenty etyologiczne“.

Tego rodzaju statystyka przeprowadzona być może tylko w tym razie, jeśli w opracowaniu jej weźmie udział stan lekarski wszystkich krajów cywilizowanych. A dalej autor ten pisze: do badania i, co za tem idzie, zwalczania choroby raka posiada znaczenie po pierwsze—wczesne rozpoznawanie, którego postępek zależy od tworzenia odpowiednich zakładów, instytutów, klinik etc., powtóre—zestawianie wyników leczniczych.

Inną pracę swą G. MEYER kończy zdaniem, godnem zapamiętania, mianowicie: „Parole muss jetzt bleiben, dass die Krebsfrage nicht wieder von der Tagesordnung verschwindet“.

## PIŚMIENICTWO.

1) J. FIBIGER i Sv. TRIER. Bericht über die Zählung der am 1. April 1908 in Dänemark in ärzlicher Behandlung gewesenen Krebskranken. Zeitschrift für Krebsforschung. T. IX, z. 2. 2) J. JAWORSKI. Program Komitetu w celu badania raka. Odezwa do kobiet z powodu raka macicy. Kwestyonaryusz w sprawie raka macicy—do lekarzy. Kwestyonaryusz w sprawie raka wogóle. „Zdrowie“. Rocznik XXII, z. 7. r. 1906. Tenże. Przyczynek do statystyki raka wogóle, a raka macicy w szczególności. „Gazeta Lekarska“ 1906. Tenże. Komitet do badania i leczenia raka, zawiązany w Warszawie. Walka z rakiem. Przemówienie na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w lipcu 1907 r. we Lwowie. „Kronika Lekarska“ 1907 r. Dziennik X-go Zjazdu. Tenże. Walka z rakiem. „Gazeta Lekarska“ 1907. Tenże. Najdawniejszy szpital dla rakowatych w Europie. „Zdrowie“ 1908. Tenże. Projekt organizacji walki z rakiem macicy. Odczyt na XI Zjeździe Lek. i Przyrodn. Polsk. „Gaz. Lek.“ 1912. 3) GEORGE MEYER. Bericht über die 10-jährige Wirksamkeit des Deutschen Zentralkomitees f. Krebsforschung. Zeit. f. Krebsforschung, t. X, z. 3. 4) MIKOŁAJ REJCHMAN. Organizacya walki z rakiem. Rzecz czytana na posiedzeniu Polskiego Komitetu do badania i zwalczania raka w dniu 6-go listopada 1907 r. „Gazeta Lekarska“ 1907. 5) SACHS. Wintersche „Bekämpfung des Gebärmutterkrebses“. Zeit. f. Krebsfor. t. 9, z. 3. 6) S. SERKOWSKI i J. MAYBAUM (Łódź). Materyały do etyologii i statystyki raka. „Gazeta Lekarska“ 1906. 7) G. WINTER. Ueber die Principien der Carcinomstatistik. Zentralbl. f. Gynaek. 1912. Tenże. Der Erfolg der Bekämpfung der Uteruskrebses in Ostpreussen. Zentralblatt f. Gynaekologie 1904. 8) W. WEINBERG. Die aufgaben der Krebsstatistik. T. X, z. 2—3 Zeitschrift f. Krebsforschung.

### III. Odpowiedź na notatkę kol. Higiera: „W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podostrym“.

Podali

J. Koelichen i J. Skłodowski.

W № 37 „Gaz. Lek.“ wystąpił kol. HIGIER z zarzutem, że w artykule naszym o przypadku zapalenia mózgu z przebiegiem podostrym nie wspomnieliśmy o spostrzeżeniach kol. HIGIERA. Na zarzut ten odpowiadamy, co następuje: Spostrzegany przez nas przypadek należał do rzędu tych, w których sprawa zapalna umiejscawia się w półkulach mózgu. Z tego też względu, omawiając nasze spostrzeżenie, uwzględnialiśmy w odnośnem piśmiennictwie jedynie przypadki analogiczne, należące do postaci STRÜMPELL'a—LEICHTENSTERN'a „Grosshirnencephalitis“. Zaznaczyliśmy to nawet wyraźnie w zdaniu końcowem naszego artykułu, pisząc: „Nie bierzemy tu naturalnie pod uwagę tych przypadków, które należą do innej postaci zapalenia mózgu, umiejscowionej w pniu mózgowym i szypulce: *polioencephalitis superior et inferior* WERNICKE'go“.

Kol. HIGIER w notatce swej przyznaje, że dwa spostrzeżenia jego należą do tej ostatniej postaci, nie sądzi jednak, aby nieznaczna różnica

w wieku chorych lub umiejscowieniu sprawy zapalnej w jego spostrzeżeniach i w naszym mogła w czemkolwiek zmienić rozumowanie. My pozwalamy sobie być odmiennego zdania. Przyznajemy wprawdzie, że pomiędzy sprawami zapalenia mózgowia, umiejscowionymi w półkulach mózgu a takimiż sprawami, umiejscowionymi w pniu mózgowym, niema różnicy istotnej, gdyż spostrzegano nawet postaci mieszane. Jednakże, o ile chodzi o przebieg kliniczny cierpienia, uwydatniają się pomiędzy temi dwiema postaciami zapalenia mózgu pewne różnice. Podczas bowiem, gdy przypadki o podostrym przebiegu cierpienia w postaci WERNICKE'go nie należą do rzadkości i oprócz obserwacyi kol. HIGIERA przytoczyć tu możemy analogiczne spostrzeżenia: GAYET'a, GOLDFLAMA, OPPENHEIM'a, KULISCHER'a, GUINON'a i PARMENTIER'a, TAYLOR'a, FINKELNBURGA, pośród przypadków, należących do postaci STRÜMPELL'a — LEICHTENSTERN'a, oprócz naszej obserwacyi znaleźliśmy tylko jedną, w której przebieg cierpienia był podostry. Sądzymy, że tych parę słów wyjaśnienia uwolni nas od zarzutu pomijania spostrzeżeń z piśmiennictwa ojczystego, obserwacya bowiem kol. HIGIERA nie uszła naszej uwagi, nie przytaczaliśmy jej zaś ze względów powyżej wyłuszczonej. Na zakończenie pozwalamy sobie dodać sprostowanie, a mianowicie: okres rozwoju cierpienia, jak zaznaczono w naszej pracy, trwał u naszego chorego 1½ miesiąca, a nie, jak pisze kol. HIGIER, ½ miesiąca.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 167. M. A. Mayor (Genewa). Leczenie zapobiegawcze niedomogi serca małemi dawkami naparstnicy.

Autor stosował naparstnicę w ciągu lat 14-u i podaje następujące wyniki swoich spostrzeżeń. Przedewszystkiem zaleca stosowanie naparstnicy nie tylko w przypadkach rozpoznanej niedomogi, ale i w przemęczeniu serca, jako środek zapobiegawczy. Naparstnica nie wpływa ujemnie na serce zdrowe, działając jednak dodatnio w okresie zaburzeń w wyrównaniu. Stosując naparstnicę, jako lek zapobiegawczy, należy ją podawać w małych dawkach, ale zato z nieznacznymi przerwami, ze względu na jej działanie kumulacyjne.

Autor rozpoczął podawanie sproszkowanej naparstnicy początkowo w ilości 10-u centygramów w przeciągu trzech dni, czyli na dzień — 0,03. Poczem 7 dni przerwy. Dla ułatwienia przyjmowania leku MAYOR radzi brać naparstnicę 1. 2. 3-go dnia każdego miesiąca, 11. 12. 13. 21. 22. 23-go czyli po przyjmowaniu jej w ciągu trzech dni — robić 7 dni przerwy. Można podawać naparstnicę w postaci nastoju, mieszając ją w jedynakowym stosunku z jakimkolwiek wodzianem, przyczem 10 kropli mieszaniny odpowiada 10 centygramom naparstnicy sproszkowanej. Według MERKLENA naparstnicę można podawać w postaci granulek, począwszy

od  $\frac{1}{4}$  mg. raz na tydzień, np. każdego poniedziałku, przyczem dawka ta ma tę przewagę, iż w ciągu miesiąca ilość przyjętej naparstnicy jest zawsze jednakowa. O tyle granulki są lepsze od nastoju, iż nastój może podlegać rozkładowi.

Oczywiście, że dawki należy stosować odpowiednio do stanu serca. Tak np. w niektórych przypadkach wystarczy 20 centygr., ażeby równowaga została utrzymana w ciągu 10-u dni, u innych chorych należy 20 centygr. brać w ciągu 3-ch dni według opisanej wyżej metody. Wogóle należy dawkę naparstnicy powiększać lub zmniejszać w zależności od ogólnego samopoczucia chorego, tak np. zwiększać ją należy, jeżeli się można spodziewać świeżego napadu lub po przebyciu silniejszego wrażenia; przeciwnie, jeśli zajęcie chorego w pewnej porze roku (latem) jest mniej wyczerpujące, to można dawkę naparstnicy zmniejszyć.

Często dawka naparstnicy pierwotnie przepisana — okazuje się z czasem niewystarczająca, należy więc ją, według GROEDEL'a powiększać w ten sposób, aby zwiększać liczbę dni jej przyjmowania, lub skracać dni przerwy. Jakkolwiek ten sam GROEDEL na Kongresie niemieckim w 1899 roku demonstrował kilka przypadków, w których podawana była naparstnica w większych dawkach i z większymi przerwami, jednogłośnie jednak uchwalono, że najlepszą formą podawania będzie przyjmowanie naparstnicy stale w mniejszych dawkach. Na poparcie tejże teorii KUSSMAUL opisuje w dzienniku „Therapie der Gegenwart“ (r. 1907) przypadek, w którym chory w ciągu 7-u lat codziennie zażywał naparstnicę z doskonałym wynikiem, przekonawszy się, że przyjmowanie leku z przerwami nie dawało pożądanego skutku.

TRENTZEL również zaznacza, iż w przeroście i rozszerzeniu serca codzienne podawanie naparstnicy w małych dawkach okazuje się skuteczniejsze, niż niestałe jej podawanie w dawkach dużych. Tenże autor poleca naparstnicę w przewlekłym zapaleniu mięśnia sercowego (*myocarditis chron.*) lub w przypadkach powikłanych zapaleniem osierdzia. Podawanie naparstnicy z przerwami w małych dawkach, wskazane jest w przypadkach rozedmy płuc, w obostrzeniach nieżytu oskrzelowego, w przewlekłym zapaleniu nerek, aby zapobiedz ewentualnej niedomodzi serca, tak często będącej następstwem tych cierpień.

W niektórych przypadkach daje dobre wyniki połączenie naparstnicy z teobrominą, jako środkiem moczo-pędnym, a niemającym działania trującego. Niekiedy można podawać inne środki sercowe, z pośród których strofant należy podać tylko w przerwach, ze względu na to, iż podawany stale środek ten usposabia do młodości.

Stosując tę metodę leczenia, autor doszedł do wniosku, że chorzy w ciągu całego szeregu lat rzadko podlegali napadom niedomogi serca, zwłaszcza, jeśli wiek ich nie był zbyt podeszły, i zajęcie nie zbyt uciążliwe.

Na pozór takie stosowanie naparstnicy wydaje się nieprawdopodobne, ponieważ, jak wiadomo, lek ten posiada własności kumulacyjne. Praktyka jednak wykazuje, że tak nie jest, i że wtedy tylko zjawia się samozatrucie, jeśli się przekracza codzienną właściwą dawkę. W rzeczywistości organizm ludzki zdolny jest przyswoić sobie pewną ilość naparstnicy, która według POUCHET'a wynosi 1 decymiligram glikozydu. Trudniej jest ściśle określić ilość przyswojonej naparstnicy sproszkowanej. Według spostrzeżeń ROUBOV'a dawka ta waha się pomiędzy 10-u a 12-u centygramami. Na ogół — doświadczenie kliniczne wskazuje, iż naparstnica, podawana *à la longue*, nie daje wyników ujemnych. Przy zwolnieniu tętna, zaburzeniach w narządach tra-

wienia, lub innych objawach toksycznych — należy odstawić naparstnicę na dobę lub dwie. Samo się przez się rozumie, że przy najstaranniejszym leczeniu naparstnicą, serce się z czasem wyczerpuje. I wtedy lek ten, podawany nawet w dużych dawkach, okazuje się bezskutecznym. Na to samo wskazuje TIESINGER. Jest to zupełnie zrozumiałe. Cóż bowiem za skutek osiągamy przez podawanie naparstnicy? Po prostu dajemy możliwość sercu posługiwania się zapasową energią. Z chwilą, kiedy energia się wyczerpie, nic już nie pomoże. Z podobnym wyczerpaniem energii spotykamy się w przewlekłym zapaleniu nerek: dyeta i zabiegi lecznicze częstokroć nie są w stanie zabezpieczyć chorego po pewnym czasie od grożącej mu mocznicy. I tutaj, jak i w cierpieniach serca właściwy organ jest wyczerpany na tyle, iż nie jest w możności wypełnić swojej czynności, wobec czego katastrofa staje się nieuniknioną.

Zachodzi pytanie, czy naparstnica sama przez się, podawana stale przez dłuższy przeciąg czasu, nie wpływa na osłabienie serca? Aby odpowiedzieć na to pytanie, zastanówmy się, jakie jest działanie małych dawek tego leku na serce. Naparstnica przyjmowana w małych dawkach, podnosi ciśnienie w całym obiegu krwi i zwalnia tętno. U ludzi, dotkniętych osłabieniem serca, *tonus* mięśniowy naczyń jest mały i ciśnienie krwi jest zmniejszone. Przez podawanie naparstnicy dajemy sercu nowy zapas energii, który zabezpiecza je od większego przemęczenia. Ułatwiając zatem pracę sercu, naparstnica czyni serce odporniejszem, zabezpieczając je od powrotu choroby. Podobne twierdzenie wypowiada CLOETTA w swoim doświadczeniu na królikach. Przedziurawiwszy poprzednio zastawki aorty, CLOETTA wywołał sztuczną wadę serca u królików; wszystkie króliki podzielił na dwie grupy, (A i B); trzecią grupę stanowiły króliki zdrowe (C). Pierwsza i trzecia grupa (A i C) otrzymywały naparstnicę. W zdrowiu grupy C nie zaszło żadnego zaburzenia, co wykazało badanie pośmiertne. Pierwsza grupa (A) pozostała przy życiu, z drugiej grupy (B) większość zginęła. Badanie pośmiertne grupy A (leczonej naparstnicą) wykazało, iż przerost serca był w stosunku 30 : 100, gdy tymczasem przerost serca u królików grupy B (nie leczonej naparstnicą) był w stosunku 80 : 100.

Z tego wszystkiego wynika, że naparstnica, jest jednym z najważniejszych leków, zapobiegających niedomodze serca.

Według autora, człowiek, który uległ napadom niedomogi serca, winien zażywać naparstnicę przez cały czas choroby z przerwami, o jakich wspominaliśmy. Naparstnica wskazana jest również w usposobieniu do chorób sercowych: wtedy podajemy ją nie stale, lecz z przerwami, zabezpieczając *eo ipso* serce od grożącego mu cierpienia.

(*Presse méd.* 1912).

Leon Danecki.

### 168. Holst. Prześwietlanie wierzchołków płuc zapomocą promieni Röntgen'a.

Prześwietlanie wierzchołków ma większe znaczenie praktyczne niż robienie zdjęć rentgenologicznych na kliszy. Badanie takie jest dla chorego ze względów ekonomicznych dostępnejsze. Co ważniejsza, przy takim badaniu lekarz może spostrzegać ruchy żeber, oraz zmiany w wierzchołkach podczas oddychania i kaszlu.

KREUZFUCHS znalazł, że podczas kaszlu cień wierzchołków rozjaśnia się znacznie, nazywa to „Hustenphänomen“. Objaw ten występuje w stopniu znacznie słabszym, o ile wierzchołki są chorobowo zmienione. Wprawdzie objaw ten lub jego zmniejszenie zawodzą czasem, niemniej stwier-

dzenie ich ma ważne znaczenie rozpoznawcze. Poza to przy kaszlu rozszerzają się granice płuc, szczególnie w kierunku do linii środkowej ciała. Przy zmianach w szczytach rozszerzenie się granic jest nieznaczne, lub żadne; stosunki te są charakterystyczne, szczególnie wtedy, gdy jeden szczyt (zdrowy) rozszerza się ku śródpiersiu, drugi zaś nie rozszerza się wcale.

(*Münch. med. Wochenschrift*, 1912, Nr. 30).

Marta Erlichówna.

### 169. Schmit. O powolnem przedostawaniu się do płuc małych-wysięków ropnych opłucnej.

Autor zwraca uwagę na nierozpoznawane często małe, otorbione, ropne wysięki opłucnej. Badanie zapomocą promieni X wykazuje często w tych wysiękach obecność powietrza, które według autora pochodzi rzadko z tworzenia się gazów w gnijącej ropie, częściej daleko powstaje wskutek powolnego tworzenia się komunikacji między wysiękiem a tkanką płucną. W przypadkach, spostrzeganych przez autora, w których było podejrzenie na przedostanie się ropy do płuc, płwocina nabrała charakteru ropnego zwykle od chwili, gdy wykonane zostało raz lub kilkakrotnie przekłucie próbne, niewątpliwie więc zabieg ten musiał być przyczyną dostania się ropy do płuc, (objawy te różnią się zupełnie od objawów przy przedostaniu się ropy do oskrzeli, gdyż w ostatnim wypadku chorzy wypływają ropę w ogromnych ilościach, tak że rozpoznanie jest wtedy bardzo łatwe do postawienia). Autor sądzi, że w przypadkach małych otorbionych wysięków ropnych opłucnej nie należy się śpieszyć z przystępowaniem do operacji, lecz czekać czas jakiś, gdyż jest wielka szansa, że wyzdrowienie nastąpi na drodze wyżej opisanej. Tkance płucnej nie przetem nie grozi, gdyż w żadnym z tych przypadków nie utworzył się w płucach ani ropień, ani ognisko zapalne. Autor sądzi, że przypadki samoistnego „wchłonięcia się“ wysięków ropnych opłucnej zależne są zawsze od nierozpoznanego wysięku do płuc.

(*Münch. med. Wochenschrift* 1912, Nr. 26).

Marta Erlichówna.

### 170 Weber. Padaczka, jako kliniczne pojęcie chorobne.

Autor pragnie, aby w praktyce ujednostajnionem zostało kliniczne pojęcie o padaczce. Nie każdy objaw padaczkowy, jak drgawki, przygnębienie przemijające lub utrata przytomności, upoważnia do rozpoznania padaczki. Według najnowszych poglądów jest to przewlekłe cierpienie układu nerwowego, w którym chory miewa okresowo występujące napady z utratą przytomności; cierpienie to prowadzi po pewnym czasie do zmian charakteru i do obłąd. Stosownie do długości trwania sprawy chorobnej badanie pośmiertne wykazuje rozlane i przewlekłe zmiany w glei, naczyniach i w mózgu. W przypadkach, w których śmierć następuje nagle, w napadzie, można znaleźć w mózgu zmiany ostre. Zmiany patologiczne są w większości przypadków nie przyczyną, ale skutkiem padaczki. Powstawanie padaczki zależy: 1-o albo od wrodzonego usposobienia, które nie może być w żadnym razie jedyną przyczyną zachorowania na padaczkę; 2-o od później powstających cierpień, np. chorób mózgu, zatruc przewlekłych, zaburzeń w przemianie materii. Przyczyny te mogą być lub nie być pokombinowane

ze sobą, nie jest jednak konieczne, aby każda z nich, wzięta oddzielnie, wywoływała u danego osobnika padaczkę. Im wcześniej jednak występują wyżej wymienione zaburzenia, tem większa jest szansa dla rozwinięcia się padaczki. Padaczka, powstająca u osobników z wrodzonym do tego cierpienia usposobieniem, nie różni się niczem od padaczki, wywołanej przez cierpienia nabyte i jest zawsze prawdziwą (*genuin*), jeśli tylko charakteryzuje się zespołem objawów. Występuje ona zawsze wcześniej, rzadko później niż w 30-ym roku. Do prawdziwej padaczki zaliczyć też można postaci, opisywane oddzielnie, o ile tylko objawy ich i skutki są takie, jak w padaczce prawdziwej.

Do postaci tych zalicza autor: padaczkę odruchową, żołądkowo-kiszkową, sercową, psychiczną i histeryczną. Różnią się one od postaci zwykłej jedynie tem, że pewne objawy chorobne lub pewne odruchy, uczucia i t. p. wywołują napady padaczki i nadają im charakter swoisty. Padaczki objawowej nie należy rozpoznawać jedynie na tej podstawie, że zależną jest ona od znanego nam bliżej cierpienia lub uszkodzenia, lecz dlatego, że to cierpienie, czy też uszkodzenie wywołuje tylko pewne objawy padaczki, nie prowadząc przytem do zmiany usposobienia lub obłędu. Padaczka objawowa u dzieci przechodzi często w prawdziwą.

Do padaczki objawowej należy też zaliczyć postaci padaczki, powstające w późniejszym wieku wskutek alkoholizmu lub starczych zmian w mózgu. Typem padaczki objawowej, nie przechodzącej w prawdziwą, jest padaczka korowa (JACKSONA), której jedynym zwykle objawem są drgawki częste bez utraty przytomności.

(*Münch med. Wochenschrift. 1912, Nr. 31—32*).

Marta Erlichówna.

---

## Przegląd bibliograficzny.

---

**Obrady Sekcji ginekologicznej XI-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich 18-go—21-go lipca 1911 r. w Krakowie.** Na zlecenie Prezydium Tow. Gin. Polskiego wydali—ALEKSANDER ROSNER, Gospodarz Sekcji, ST. CIECHANOWSKI, Redaktor „Przegl. Lek.“.

*Comptes Rendus des Séances de la Section Gynécologique du XI Congrès des Médecins et Naturalistes Polonais* (Cracovie 18—21 Juillet 1911). Kraków 1912. Wydawnictwo Tow. Ginekol. Polskiego. T. I.

Duży tom, in 8-vo, o 514-u stronicach + XXII. z licznymi fotografiami i tablicami, zawiera zbiór prac Sekcji ginekologicznej XI-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie. Inicyatywę wydawnictwa tego powziął profesor ALEKSANDER ROSNER, gospodarz, a zarazem organizator Sekcji. Prace i obrady Sekcji tej wybitnie się wyróżniały na ostatnim Zjeździe. Zasluga w tem wielka prof. A. ROSNERA, który nie szczędził trudu i zachodu, aby wszystko wypadło jak najlepiej. Toteż widzieliśmy go tutaj w Warszawie, jak osobiście zabiegał, aby jak najwięcej lekarzy od nas w Zjeździe wzięło udział, aby Sekcyę ginekologiczną odpowiednimi referatami obeścali. Wiemy, że takie same starania przedsiębrał i w Krakowie, i we Lwowie, i w Poznaniu. Nie dość było zachęcić do wzięcia udziału w pracach Sekcji i przybycia na Zjazd, wypa-

dło jeszcze dokonać wyboru tematów aktualnych, ułożyć rozkład zajęć i plan wykładów w Sekcyi podczas Zjazdu, oraz zorganizować rozprawy nad tematami głównymi przez wybór odpowiednich referentów i korreferentów.

Podnieść muszę, iż prof. A. ROSNER miał myśl bardzo szczęśliwą, zaprosiwszy na korreferentów tematu „O przerwaniu ciąży“ specjalistów w osobach: internisty, psychiatry, profesora medycyny sądowej, a także profesora prawa karnego. Posiedzenie to, w tak niezwykły sposób zorganizowane, stanowiło *clou* nie tylko sekcyi, lecz i całego Zjazdu. Toteż obszerna sala wykładowa okazała się za szczupłą, aby pomieścić pragnących w niem uczestniczyć. Ci, co uczestniczyli w Zjeździe, a specjalnie w posiedzeniach Sekcyi, wiedzą najlepiej, że plan i projekty prof. A. ROSNERA powiodły mu się w zupełności, a utrwaleniem sukcesu tego jest świeżo wydany zbiór obrad Sekcyi.

Rzecz naturalna, że zawarte w książce tej prace, referaty i streszczenie obrad nie nadają się do szczegółowego rozbioru. Pokróćce więc tylko wliczam oddzielne działy.

W ustępie, p. n. Otwarcie obrad, prof. A. ROSNER obrazowo kreśli, pisząc „o nocy niezapomnianej“, między innymi nasze starania i zabiegi, w których sam brał żywy udział, w Petersburgu w celu uzyskania Komitetu narodowego Polskiego na Międzynarodowym Zjeździe ginekologicznym.

W kolei wykładów, według posiedzeń, podane są: treść tematów głównych, dyskusya nad nimi, a następnie t. zw. luźne wykłady.

Zbiór prac Sekcyi ginekologicznej obejmuje treść 5-iu tematów głównych, jak oto: Cięcie cesarskie w świetle nowych metod operacyjnych. O raku macicy z punktu widzenia naukowego i społecznego. O rozszerzeniach szyjki macicznej podczas porodu i poronienia. Przerwanie ciąży ze stanowiska lekarskiego, ustawowo-kryminalnego i kościelnego. O t. zw. *endometritis*. Nieżył słuźówki macicy i jego leczenie. Wyżej wymienione tematy główne wypełniły 5 posiedzeń. Każdy temat taki opracowało dwu referentów i kilku korreferentów. Ogółem referentów było 10-iu, korreferentów do tematów tych 15-u. Oprócz tego książka zawiera treść t. zw. luźnych wykładów, których razem było 16 z dziedziny położnictwa i z ginekologii. Rozpatrując streszczenie rozpraw nad tematami głównymi i luźnymi wykładami, odnotowujemy, że zainteresowanie było duże, wymiana zdań i poglądów żywa, bo 58 razy różni mowcy głos w rozprawach zabierali.

Tak się przedstawiają przy podsumowaniu ilościowo prace Sekcyi. O wartości prac i referatów mówić nie będę, wiemy, że wszelakie громадne wystąpienia, zwłaszcza na Zjazdach, posiadają bardzo różną wartość naukową. Na ogół jednakże przyznać trzeba, że zarówno położnictwo, jak i ginekologia, jak widać z przedstawionego, stoi u nas na współczesnym poziomie wiedzy, że najżywotniejsze zagadnienia z tych specjalności są przedmiotem dociekań i badań, w których nieraz odnaleźć można nowy fakt, czy zjawisko, oryginalne wytłomaczenie ich, nieznanegdzie indziej zastosowanie wskazań leczniczych i t. p.

Wydawnictwo to wyróżnia się jeszcze tem, że zamieszczono w niem na wstępie streszczenie wszystkich prac po francusku, co podnosi bardzo jego znaczenie, stało się bowiem dostępnem dla cudzoziemców.

Książka ta, wydana wykwiłtnie, a poświęcona przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne „Wszecznicy Lwowskiej w 250-tą rocznicę założenia tego ogniska polskiej nauki“, rozdana będzie uczestnikom VI-go Ginekologicznego Kongresu Międzynarodowego, który się odbędzie 9—13



września r. b. w Berlinie. O ogólniejszem znaczeniu faktu tego mówiliśmy niedawno, bo w № 34-ym „Gazety Lekarskiej“; okoliczność ta zwalnia nas od komentowania go ponownie.

J. Jaworski.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie kliniczne 28-go maja.

1) BREGMAN przedstawia 35-letnią kobietę, dotkniętą nowotworem dobrotliwym przysadki, chorą od lat 12-u, ze znacznem pogorszeniem od 3-ch miesięcy; ważniejsze objawy: zaburzenie wzrokowe, typowe dla ucisku na skrzyżowanie nerwów wzrokowych w przedniej jego części, i powiększenie siodła tureckiego; nadto wypadanie włosów, wychudnięcie, wielomocz, zanik organów płciowych, wydzielanie się z obu piersi gęstej cieczy, podobnej do mleka, przyspieszenie tętna, ogólne osłabienie; brak danych na przymiot. Wynik leczenia pituitryną (po 16-u zastrzyknięciach) dodatni; mowca widzi jednak wskazanie do operacyi ze względu na zagrożenie wzroku.

2) Prof. PRZEWOSKI i B. DĘBIŃSKI: Przypadek *degenerationis cystoidae renum*.

Przypadek zostaje przedstawiony ze względu na rzadkość tego cierpienia, oraz na trudności rozpoznawcze; w danym razie — co się najczęściej zdarza — rozpoznawano za życia *nephritis interstitialis chr.* Najczęstsze objawy tej choroby są: 1) bole o cechach zupełnie podobnych do bólów w kamicy nerkowej, 2) *haematuria*, 3) białkomocz, wałeczki w osadzie, objawy mocznicowe, 4) guz wyczuwalny przy badaniu miejscowem dwuręcznem, dochodzący do olbrzymich rozmiarów, często jednak guza wcale się nie wyczuwa, 5) zwykle obustronność cierpienia (66 razy na 67 według statystyki LEJARS'a). Przebieg choroby bardzo przewlekły z objawami poprawy i pogorszenia, w końcu zawsze prowadzi do mocznicy i zejścia śmiertelnego. Jako powikłanie często notowano zwyrodnienie torbielowate wątroby lub zropienie torbieli nerkowej, czemu zwykle towarzyszy gorączka hektyczna. Leczenie, jak przy zapaleniu nerek; operacya ze względu na obustronność sprawy, przeciwwskazana.

Prof. PRZEWOSKI przedstawia obraz rozwoju narządów moczopłciowych; wygłasza hipotezę, że mamy tu do czynienia z następstwami zapalenia nerek w życiu płodowem, i omawia szczegółowo stronę anatomo-patologiczną choroby.

W dyskusyi HEWELKE zaznacza, że przed kilku laty obserwował trafnie za życia rozpoznany przypadek torbielowatego zwyrodnienia nerek u 40-letniego mężczyzny z objawami zatrucia mocznicowego i wyraźnie wymacywanymi dwoma dużymi podługowatymi guzami, leżącymi wzdłuż kręgosłupa; przypomina, że w różniczkowaniu sprawy należy pamiętać o nadnerczu, które być też może obustronne; nie godzi się na hipotezę PRZEWOSKIEGO i sądzi, że przypadki w wieku dziecięcym różnią się od przypadków wieku późniejszego tylko zwiększem nasileniem sprawy, powodującym śmierć wczesną; nie jasnem się też wydaje mowcy jednoczesne istnienie sprawy analogicznej w wątrobie.

STANKIEWICZ WŁ. omawia trzy odnośne przypadki, z których jeden pokazywał mowca w Tow. Lek. przed 25-u laty, ostatni zaś z jednostronnem zwyrodnieniem był operowany; hipoteza pochodzenia płodowego sprawy nie trafia mowcy do przekonania.

PECHKRANC wspomina o obserwowanym przez siebie przypadku: 54-letnia kobieta od szeregu lat cierpi na bole napadowe brzucha w prawej okolicy lędźwiowej i plecach oraz na uczucie stałe ucisku w brzuchu, wreszcie na napadowy krwiomocz; mocz zawiera trochę białka i nieliczne elementy morfologiczne; wyczuwa się guz twardy z wzniesieniami na powierzchni, nie chęłbocący; po napadzie krwiomoczby zmniejsza się objętość guza z ogólną ulgą w cierpieniu. Mowca chciałby pod względem klinicznym rozróżnić dwie grupy: 1) z wyczuwalną powiększoną guzowatą nerką — możliwą do rozpoznania i 2) bez guza — niedostępną dla rozpoznania.

3) PASZKIEWICZ demonstruje preparaty mikroskopowe zwyrodnienia torbielowatego wątroby i nerek; rozpoznawano za życia *echinococcus* wątroby; podczas operacji wycięty kawałek wątroby okazał się torbielowato zwyrodniałym; na sekcji znaleziono sprawę analogiczną i w nerkach.

#### Posiedzenie kliniczne 4-go czerwca.

1. WIŚNIEWSKI demonstruje przypadek *lichen erythematosus*, leczony zapomocą podawania *Chinini sulphur.* i następczego smarowania nalewką jodową.

2. FR. NEUGEBAUER wygłosił odczyt p. t. „Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina aut praesente extrauterina“. Mowca na podstawie zebranych przez siebie 72-u odnośnych spostrzeżeń omawia kwestyę zabiegów dla spędzenia płodu, dokonanych u kobiet nie ciężarnych lub z ciążą zamaciczną; przypadków ostatniej kategorii N. zebrał 21, pomiędzy nimi jeden własny; zrzadka w piśmiennictwie cudzoziemskim poruszanej tej kwestyi mowca rozpatrzył stronę kliniczną, a mianowicie: rozpoznanie, nieraz bardzo trudne, terapię, rokowanie, wyniki autopsyi, następnie przeszedł do strony socyalnej i sądowo-lekarskiej danego zagadnienia. Praca drukowana będzie *in extenso* w „Przegl. chirurg. i ginekol.“.

#### Posiedzenie kliniczne 18-go czerwca.

1. PECHKRANC wygłosił rzecz p. t. „Samoištne rozszerzenie przełyku“. Na podstawie 7-iu spostrzeganych przez siebie przypadków, oraz danych z piśmiennictwa, autor podaje całokształt naszych wiadomości o tej stosunkowo rzadkiej chorobie. Wśród przyczyn na pierwszym miejscu stoją urazy, zarówno fizyczne, jak psychiczne, następnie zakażenia i zatrucia; płeć nie odgrywa roli wybitniejszej; pod względem patogenetycznym mamy zwykle tu do czynienia ze skurczem dolnego odcinka przełyku, natury tępcowej, trwającym wiele lat ze zwolnieniami; z pomiędzy objawów najważniejszymi są zaburzenia w łykaniu (*dysphagia*) i zwracanie pokarmów (*regurgitatio*); w różniczkowem rozpoznawaniu należy mieć na uwadze sprawy następujące: nowotwór, zwężenie bliznowate, głęboki uchyłek, przegięcie dolnego odcinka przełyku, *achyliam*; wybitne znaczenie rozpoznawcze ma specjalny typ dysfagii, który prelegent opisuje szczegółowo, następnie rozmaite metody badania, jak np. zapomocą 2-u zgłębników, zapomocą podawania 2-u śniadań prób-

nych i t. d.; autor mówi potem o określaniu pojemności przełyku (która dochodzi częstokroć do 500 ctm. sz.), o badaniu promieniami X po wypełnieniu przełyku kaszą bizmutową. Rokowanie co do życia zazwyczaj dobre, co do wyleczenia często złe. Leczenie polega przede wszystkim na usuwaniu zalegających pokarmów, które, rozkładając się, drażnią błonę śluzową przełyku; pozostawianie zgłębnika na dni kilka i żywienie przestaki zgłębnik daje też czasem wynik pomyślny; w przypadkach upartych, grożących choremu wyniszczeniem, wskazaną jest gastrostomia z następczem rozszerzaniem wpustu zapomocą kleszczyków lub palców.

W dyskusyi TUCHENDLER A. mówi o obserwowanym przez siebie od trzech lat chorym, któremu przed kilku tygodniami musiano dokonać gastrostomii.

2. WATRASZEWSKI odczytał rzecz p. t. „O wartości leczniczej frykcyi merkuryalnych u dotkniętych przymiotem“.

Mowca, opierając się na 30-letniem osobistem doświadczeniu, twierdzi, że żadna metoda leczenia rtęcią nie może współzawodniczyć z frykcyami z powodu ich względnej nieszkodliwości dla zdrowia i dobrego stanu chorego zarówno podczas, jak i po przeprowadzonej kuracyi; za wnioskiem tym przemawiają również i wyniki, otrzymane przez W. z odczynem WASSERMANN'a, albowiem ze 150-u chorych, leczonych frykcyami, u 85% wynik odczynu stał się ujemnym lub prawie ujemnym, pozostał dodatnim tylko w 15%, natomiast u 150-u chorych, leczonych iniekcyami, WASSERMANN pozostał dodatnim aż w 75%, niepewnym okazał się w 10%, a ujemnym tylko w 15%. Frykcyje nie wyrobiły sobie wszędy należytego uznania wskutek nieumiejętnego lub nieodpowiedniego wykonywania zabiegu, co często sprowadzać może objawy cierpienia merkuryalnego jamy ustnej, następnie wskutek rzekomej nieestetyczności zabiegu, który brudzi ciało i bieliznę, wreszcie wskutek niemożności określenia ilości wcieranej rtęci. Można jednak wszystkich tych niedogodności uniknąć, gdy używać będziemy dawki nie nadmiernej (2,0—2,5, maxim. 3,0 grm. szaruchy), przestrzegać bacznie czystości jamy ustnej, wcierać rtęć w coraz inną okolicę ciała, stosować rezorbinę lub wazogen zamiast częstokroć zjełczałego tłuszczu, znajdującego się w gotowym zleżałym przetworze, wreszcie jeżeli pilnie śledzić będziemy wagę chorego.

W dyskusyi WOJCIECHOWSKI, zaznaczając wyższość wcierań nad zastrzykiwaniami, przypomina, że rtęć czysta wchłania się bez zmiany i jako taka krąży w ustroju, natomiast związki rtęci rozkładają się na chloralbuminaty i oksyalbuminaty rtęci alkaliczne, które powodują rozpad czerwonych krążków krwi i wydzielanie się hemoglobiny; odczyn WASSERMANN'a daleko częściej pozostaje dodatni po leczeniu iniekcyami niż po frykcyach; wcierania z robionemi naprzemian śródżylnymi wlewaniem salwarsanu dają w ciągu jednego roku takie wyniki, jakich dawniej nie osiągnęliśmy po całym szeregu lat najstaranniejszego leczenia przeciwsyfilitycznego.

KOZERSKI zaznacza, że statystyka WATR. nie zgadza się z wynikami, opartymi na większych znacznie liczbach innych badaczy; zresztą mowca jest gorącym zwolennikiem wcierań, zwłaszcza w przypadkach późnego syfilisu, szczególnie gdy jest zajęty układ nerwowy, a chory był leczony wielokrotnie; w świeżym przymiocie mowca otrzymywał dobre wyniki z zastrzykiwań nierozpuszczalnego oleju szarego przy zachowaniu odnośnych przepisów techniki; iniekcyje soli rozpuszczalnych są wskazane w przypadkach nagłych, kiedy przymiot dotknął narząd szczególnie ważny dla ustroju.

KOPCZYŃSKI St. z kilkuset spostrzeganych przypadków wiaǳu rdzenia wyniósł to przekonanie, że częściej zapadają na wiaǳ rdzenia ci chorzy, którzy się leczyli injekcjami niż ci, co używali wcierań.

A. Lande.

## Wiadomości bieżące.

— Zmarły w Przemyślu lekarz kolejowy dr SZYSZKOWSKI zapisał 100 tys. koron na stypendya dla Towarzystwa szkoły ludowej i dla „Sokoła“ przemyskiego.

— Prof. KOCHER z Bernu (Szwajcaryja) obchodził 40-lecie pracy zawodowej. KOCHER wykonał 4000 operacyi wola i przyczynił się wielce do zwalczania tej tak częstej w Szwajcaryi choroby. Okoliczność tę, jak również fakt, że KOCHER, pomimo korzystnych propozyeyi, nie chciał porzucić Bernu, podnoszono podczas obchodu jubileuszowego. Jedną z ulic Bernu postanowiono nazwać ulicą KOCHERA. Jubilat ofiarował 200000 franków uniwersytetowi berneńskiemu na popieranie badań lekarskich.

— Akademia medyczna w Turynie ogłasza konkurs z nagrodą 20-u tys. lirów z zapisu RIBERIEGO za najlepszą pracę z dowolnej dziedziny medycyny, wykazującą wybitny postęp w nauce. Prace w języku włoskim, niemieckim, francuskim, angielskim lub łacińskim należy nadsyłać do 31 grudnia 1916 roku pod adresem Akademii w Turynie.

— O międzynarodowym Kongresie ginekologicznym w Berlinie, który zakończył się w d. 13. b. m., otrzymujemy stamtąd między innymi następujące wiadomości: udział lekarzy Polaków w Kongresie na ogólną cyfrę uczestników 500 nie zbyt duży; około 20 osób; najmniej przybyło kolegów z Poznańskiego. Pomimo starań nie udało się uzyskać pozwolenia na utworzenie „Komitetu narodowego Polskiego“, który istniał na Kongresie poprzednim w Petersburgu Stało się to, jak się zdaje, wbrew życzeniu Komitetu organizacyjnego, a ze względów „polityki wyższej“. Lekarze nasi zgodzić się musieli, że reprezentować ich będą tylko delegaci „Towarzystwa Ginekologicznego Polskiego“. W imieniu właśnie tegoż Towarzystwa na posiedzeniu inauguracyjnym przemawiał dr FR. NEUGEBAUER z Warszawy. Przemówienie to przyjęto oklaskami, a złożony zbiór prac ginekologicznych polskich zaraz rozebrano.

Prof. A. MARS referował „O postępowaniu w ranach otrzewnej“ w szeregu referentów podług krajów razem z prof. WERTHEIM'em, jako przedstawiciele Austro-Węgier. Komitet organizacyjny, jakby w dążeniu do zrekompensowania odmowy utworzenia osobnego Komitetu polskiego, zaprosił prof. MARSA, prof. A. ROSNERA, dra FR. NEUGEBAUERA i dra H. ŚWIECICKIEGO na posiedzenia organizacyjne. Jednocześnie delegaci nasi otrzymali zaproszenia na wszystkie zebrania podczas Kongresu, na których znajdowała się „elita“ uczestników Kongresu.

Tyle co do udziału naszych kolegów w Kongresie. Ponadto donoszą nam, że w chwili obecnej trudno jeszcze ocenić plon naukowy Kongresu. Rozprawy były bardzo ożywione i zajmujące. W sprawie cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego podczas rozpraw wytworzyły się dwa walczące obozy: z jednej strony na czele SCHAUTA, z drugiej: DOEDERLEIN, KÜSTNER, SELLHEIM.

Wystawa, zwłaszcza dział anatomiczny i rentgenowski, bardzo zajmująca.

Strona towarzyska, gościnność, nie pozostawiała nic do życzenia. Następnym Kongres za trzy lata odbyć się ma w New-Yorku.

— Gmina miasta Zurychu zaprowadziła bezpłatną pomoc położniczą dla kobiet, mieszkających w tem mieście dłużej niż rok i mających na całą rodzinę dochodu mniej niż 2000 franków rocznie. Poród może się odbywać w klinice lub w domu; w ostatnim razie miasto opłaca lekarza i akuszerkę.

— Zarządzającym sprawami lekarsko-sanitarnymi w ministryum oświaty został mianowany profesor uniwersytetu warszawskiego NIEZNAMOW. Dotychczasowy kierownik tych spraw, prof. USZYŃSKI usunął się, podobnie jak i prof. CHŁOPIN, z powodu niezgadzenia się w poglądach z ministrem KASSO.

— „Wraczebnajr Gazeta“ podaje wiadomość o powstaniu (nie wskazano gdzie) Towarzystwa międzynarodowego pod nazwą „*Pneumothorax artificialis*“, mającego za zadanie zbieranie danych, dotyczących wszystkich przypadków stosowania w gruźlicy sztucznej odmy piersiowej.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 7-go do 13-go lipca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 112 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 4, płonicą 13, błonicą 4, różą 6, tyfusem brzusznym 21, tyfusem plamistym 6, grypą 10, zapaleniem płuc 38 i biegunką krwawą 6.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 16 osób, mianowicie: na płonicę 3, różę 1, tyfus brzuszny 2, zapalenie płuc 9 i na biegunkę krwawą 1; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarło 21 osób, mianowicie: na odrę 2, płonicę 10, błonicę 1, różę 2, tyfus brzuszny 2, koklusz 3 i na biegunkę krwawą 4.

W następnym tygodniu od dnia 14-go czerwca do 20-go lipca do szpitali miejskich przybyło 98 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 2, odrą 3, płonicą 4, błonicą 2, różą 9, tyfusem brzusznym 21, grypą 7, zapaleniem płuc 45 i biegunką krwawą 5.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 21 chorych zakaźnych, mianowicie: na płonicę 6, błonicę 1, różę 1, tyfus brzuszny 4, zapalenie płuc 8 i na biegunkę krwawą 1; w całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 17 osób, mianowicie: na płonicę 9, tyfus brzuszny 2, tyfus plamisty 1, koklusz 4 i biegunkę krwawą 1.

Wreszcie od 21-go do 27-go lipca do szpitali miejskich przybyło z chorobami zakaźnymi 114 osób, mianowicie: z ospą 1, płonicą 27, błonicą 1, różą 9, tyfusem brzusznym 20, tyfusem plamistym 6, grypą 7, zimnicą 1, zapaleniem płuc 38 i biegunką krwawą 4.

W tymże tygodniu w szpitalach miejskich zmarło 19 chorych zakaźnych, mianowicie na płonicę 2, błonicę 1, różę 1, tyfus brzuszny 8, zapalenie płuc 6 i na biegunkę krwawą 1; w całym zaś mieście liczba zmarłych na choroby zakaźne (prócz zapalenia płuc) wynosiła 23, mianowicie: na odrę 1, płonicę 8, błonicę 2, różę 1, tyfus brzuszny 5, koklusz 4 i biegunkę krwawą 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 13-go lipca—2790, 21-go lipca—2663 i 27-go lipca—2645.

— W Łódzkiem szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych był następujący:

	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
od 26-go sierpnia					
do 2-go września					
ospa	3	1	2	—	2
szkarlatyna	6	2	1	—	7
dyzenterya	—	2	—	—	2
Ogółem	9	5	3	—	11
od 2-go do 9-go września					
ospa	2	—	1	1	—
szkarlatyna	7	—	2	—	5
dyzenterya	2	8	—	1	9
Pod obserwacją	—	1	—	—	1
Ogółem	11	9	3	2	15

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) Prof. Dr A. BEDNARSKI. O operacjach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego. Odb. z Lw. Tyg. Lek. 1912.
- 2) Prof. Dr A. BEDNARSKI. Ueber die Dekompressionsoperationen bei Erkrankungen des Sehnerven. Odb. z Archiv f. Augenheilk. 1912.
- 3) LUDWIKA JUSTMANN. Einfluss der kochsalzarmen und kochsalzreichen Diät auf die Magensaftsekretion bei Hyperacidität. Rozprawa na stopień Dra med. Strassburg 1912.
- 4) W. FALGOWSKI. O rozpoznaniu, czy rak macicy da się jeszcze operować. Odb. z Przegl. Chirurg. i Ginekol. 1911.
- 5) W. FALGOWSKI. O korzyściach operowania drogą pochwową. Warszawa 1911.
- 6) FALGOWSKI. Blasenmole bei Zwillingsschwangerschaft mit vollständiger Austragung der einen Frucht. Odb. z Verh. d. deutsch. Gesell. f. Gynäk. 1911.

Do numeru niniejszego dołącza się, jako dodatek bezpłatny 8-e sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem w r. 1911.

---

Redaktorzy: **Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.** Wydawca: **Dr W. Szumlański**

---

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

---

**WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“  
i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“**

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3,50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2,40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20 za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20,  $\frac{1}{2}$  str. rub. 11  $\frac{1}{4}$  str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15,  $\frac{1}{2}$  str. rub. 8,  $\frac{1}{4}$  str. rub. 4,50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

---

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

---

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.